

REQUERIMENTO PARA ORGANIZAÇÃO CONTÁBIL

Senhor Presidente
O(s) abaixo identificado(s) vem (vêm) requerer:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Registro Cadastral - Sociedade | <input type="checkbox"/> Restabelecimento de Registro - Sociedade | <input type="checkbox"/> 2ª Via de Alvará de Organização Contábil |
| <input type="checkbox"/> Registro Cadastral - Empresário | <input type="checkbox"/> Restabelecimento de Registro - Empresário | <input type="checkbox"/> Registro Cadastral - MEI |
| <input type="checkbox"/> Registro Cadastral - Escritório Individual | <input type="checkbox"/> Restabelecimento de Registro - Escritório Individual | <input type="checkbox"/> Registro Cadastral - EIRELI |
| <input type="checkbox"/> Registro Cadastral Transferido | <input type="checkbox"/> Alteração de Registro Cadastral - Sociedade | |
| <input type="checkbox"/> Registro Cadastral Secundário | <input type="checkbox"/> Alteração de Registro Cadastral - Empresário | |
| <input type="checkbox"/> Registro Cadastral de Filial | <input type="checkbox"/> Alteração de Registro Cadastral - Esc. Individual | |

Informações Cadastrais

Dados Cadastrais

Reg. Cadastral	Denominação / Razão Social	CNPJ / CPF
Nome fantasia	Nº Empregados	Tipo de Organização (<input type="checkbox"/>) Matriz (<input type="checkbox"/>) Filial

Objeto Social

() Contabilidade () Auditoria () Perícia () Assessoria () Consultoria () Outras Atividades

Endereço de Funcionamento da Organização Contábil

Endereço		Nº	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP

Telefones

Informações da Empresa (Pessoa Jurídica)

Comercial	DDD	Número	Tipo de Organização (<input type="checkbox"/>) Empresário (<input type="checkbox"/>) Soc. Empresária LTDA (<input type="checkbox"/>) Soc. Simples (<input type="checkbox"/>) Soc. Simples LTDA	
Celular	DDD	Número	Data da Constituição	Órgão de Registro (<input type="checkbox"/>) Cartório (<input type="checkbox"/>) Junta Comercial
Fax	DDD	Número	Núm. De Registro no Órgão	Data de Alteração

E-mail / Site

E-mail	Site
--------	------

Titular / Sócios

Nome	Assinaturas	Categoria Profissional	Registro Profissional	Responsável Técnico por Serviços Contábeis?
	assinatura			(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não
	assinatura			(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não
	assinatura			(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não
	assinatura			(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não
	assinatura			(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não

Tendo a Organização Contábil sede no endereço domiciliar do requerente, fica desde já autorizada a entrada da fiscalização em suas dependências (RES. CFC 1.166/09, art. 5º, parágrafo único).

Nestes termos, pede deferimento.

_____, de _____ de 20____.

Assinatura